PERMISO PARA CONVERSAR SOBRE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD LIMITADA CON FAMILIARES Y AMIGOS

Cigna HealthSpring®

Nombre del afiliado

Fecha de nacimiento

Número de ID del afiliado

Al firmar este formulario donde se indica, le otorgo mi permiso a Cigna-HealthSpring para conversar sobre información limitada relacionada con mi atención, incluido el pago de mi atención, con la(s) persona(s) que se indica(n) en la tabla a continuación. Cigna-HealthSpring usará su criterio profesional para divulgar información que sea directamente relevante para la participación de la(s) persona(s) en mi atención médica o para el pago relacionado con mi atención médica.

Nombre de la persona y relación con el afiliado	**Comentarios o indicaciones** (puede conversar sobre horarios de citas, puede divulgar resultados de exámenes, etc.)

El personal de Cigna-HealthSpring también tiene mi permiso para (marque todas las casillas que correspondan)

☐ Dejar un mensaje detallado en **mi** correo de voz:

Número de teléfono particular ___ - ___ - ____

☐ Dejar un mensaje en **mi** número de teléfono particular con la siguiente información:

Nombre

Relación

☐ Dejar un mensaje en **mi** teléfono celular:

Número de teléfono celular ___ - ___ - ____

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.

INT 18 56012S Alternate Format 07312017

Por favor, firmar debajo

Firma del afiliado o representante personal

Fecha

__ __ - __ __ - __ __ __ __

Nombre en letra de molde del afiliado o el representante personal

Relación (si usted es el representante personal)

Esta autorización vence el:

Si la fecha de vencimiento no figura en este formulario, su autorización vencerá al cabo de un año y será necesario enviar una nueva autorización en esa oportunidad.

Nota para afiliados en los siguientes estados: Si vive en Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana o Minnesota, su autorización será válida por un máximo de un año. Las autorizaciones firmadas por residentes de Virginia serán válidas por un máximo de dos años. Los afiliados que vivan en esos estados y quieran autorizar la divulgación de su información personal por un período más largo tendrán que enviar una nueva autorización en el momento en que venza esta autorización.

Este formulario no le permite a Cigna-HealthSpring conversar sobre abuso de sustancias, enfermedad mental, VIH/SIDA ni información relacionada con pruebas genéticas. La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o los requisitos que se deben cumplir para recibir beneficios no dependen de que yo firme esta autorización. La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales. Cuando se solicite información que no esté relacionada con la asistencia brindada para mi atención médica y cuando se soliciten copias de registros médicos, se deberá presentar un formulario de Autorización de divulgación de PHI firmado.

Si esta solicitud es realizada por un Representante personal, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Cigna-HealthSpring a la dirección que se indica a continuación. Usted podrá revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de dicha autorización.

ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO A:

Cigna-HealthSpring Rx
P.O. Box 269005
Weston, FL 33326

O POR FAX A:
1-800-735-1469

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 1-800-222-6700 (TTY 711). Cigna-HealthSpring cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. © 2018 Cigna